FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 431

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 juillet 1905,

PAR

Pascal PASCALIDÈS,

Docteur en médecine de l'Université d'Athènes,
Né à Sozopolis, Bulgarie, le 11 Mai 1868.

TUMEURS BLANCHES SYPHILITIQUES

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. LANDOUZY, *professeur.*
GAUCHER, *professeur.*
MACAIGNE, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BESANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDÉAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des travaux anatom.)
BROCA André.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNEO.	LABBÉ.	MERY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

A la mémoire de mon Beau-Frère

A ma Mère

A ma Famille

A mon Fils

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR PAUL SEGOND,

Professeur à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

I

INTRODUCTION ET DÉFINITION

En parcourant les nombreux travaux consacrés à la syphilis articulaire, on ne tarde pas à reconnaître qu'il y a à considérer, du côté des articulations, des accidents secondaires et tertiaires. Cette division malgré qu'elle a été bien critiquée, répond aujourd'hui assez bien aux faits cliniques. Il est vrai que les anomalies, au point de vue des localisations que l'on observe, sont fréquentes dans l'évolution de la syphilis; mais en pathologie limites et périodes sont artificiellement tracées.

En suivant donc l'exemple des auteurs contemporains, il nous paraît nécessaire de scinder l'étude des manifestations articulaires de la syphilis acquise et d'admettre deux groupes : le premier comprenant les arthropathies du début, les arthropathies *précoces*, l'autre les arthropathies *tardives*.

Il ne sera pas question, dans cette étude, des premières, lesquelles se rattachent à la roséole et aux manifestations secondaires de la roséole ; elles ont été étudiées surtout par les syphiligraphes et les médecins. Elles apparaissent les premières semaines ou les premiers mois de la maladie; et les syphilitiques peuvent présenter dans ces cas du côté des jointures : 1° *de l'arthralgie;* 2° *des arthrites subaiguës*; 3° *des hydarthroses.*

Au contraire, désirant nous occuper exclusivement des arthropathies tardives, qui ont pour le chirurgien un intérêt plus direct et qu'on rencontre le plus souvent, non dans les hôpitaux des vénériens, mais dans les salles de chirurgie, nous nous sommes permis de garder la dénomination donnée par le professeur Richet de « *tumeurs blanches syphilitiques* » à cette variété d'arthropathies tardives qui fera l'objet de notre étude. En effet, l'analogie souvent est frappante avec les tumeurs blanches véritables dans les cas types, comme cela se voit dans les observations que nous rapportons et que par un examen attentif et complet on arrive à reconnaitre ou soupçonner la syphilis et instituer le traitement spécifique; ensuite dans ce « *terme imagé* » peuvent entrer à la rigueur tous les faits connus d'arthropathies syphilitiques tardives monoarticulaires; et la division que M. Richet faisait des « tumeurs blanches syphilitiques » en synovite et osteosynovite, répond aux deux premiers types établis

par Méricamp et aux formes « synoviale et hyperostosique » admises aujourd'hui par les auteurs.

Nous rattachons en même temps, dans un dernier chapitre, la description de l'une des variétés de la syphilis articulaire héréditaire tardive qu'on rencontre chez les enfants et qui ressemble beaucoup par sa symptomatologie à la deuxième forme « *hyperostosique* » de la syphilis acquise de l'adulte.

II

APERÇU HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE

Nous n'avons pas l'intention de faire un historique complet de la syphilis articulaire en général, ce qui nous entraînerait à répéter ce qu'on trouve dans tous les livres classiques. Nous désirons seulement faire connaître les différentes étapes de la question jusqu'à l'heure actuelle ; et pour ce fait nous trouvons la meilleure description dans l'excellent article sur la *syphilis articulaire* (1) de M. Morestin, auquel nous empruntons le passage suivant.

« C'est M. Richet qui le premier reconnut les arthropathies tertiaires et les décrivit en 1853 dans son travail célèbre sur les « tumeurs blanches ». A cette époque la plupart des maladies chroniques articulaires pouvaient être désignées sous ce terme vague de tumeur blanche. Richet ne crut pas devoir créer un mot nou-

(1) Voir Bibliographie.

veau, et désigna les cas qu'il avait observés du nom de « tumeur blanche syphilitique ».

Ce fut là l'origine d'une confusion et la source de bien des discussions.

Les idées de Richet éveillaient des doutes et ses conclusions appelaient la critique, car il n'y avait point de *preuves décisives*. Puis on n'y était pas préparé; la syphilis, surtout la syphilis ancienne, passait pour respecter les jointures. Ricord lui-même avait donné sur ce point une opinion formellement négative. Il ne connaissait pas de lésion articulaire imputable à la syphilis. Il admettait tout au plus que chez un sujet scrofuleux la syphilis peut servir de cause déterminante ou aggravante en associant plus ou moins son action néfaste à celle de la scrofule. Et il est très exact que les choses se passent ainsi quelquefois. Les observations de M. Richet, comme celles qui furent publiées en petit nombre d'ailleurs les années suivantes, parurent très douteuses à M. Panas, qui ne voyait point là de tumeur blanche, ni rien de bien spécial à la syphilis.

Pourtant M. Lancereaux fit bientôt connaître les résultats d'une autopsie des plus importantes, document longtemps unique, au sujet des lésions de la syphilis articulaire tardive.

J. Voisin et Douzat soutinrent en 1875 les idées de Richet.

Mais en 1878 la thèse de Bouilly était encore empreinte du plus grand scepticisme à l'égard de ces ma-

nifestations de la vérole. Il admettait tout au plus qu'il s'agissait de lésions juxta-articulaires avec retentissement sur la jointure.

C'est ce que Méricamp soutint dans un travail remarquable plein de verve et écrit avec une conviction ardente (1882). Pour lui il n'y a point d'arthrite, mais des *arthropathies*. Cela ne veut pas dire qu'il mette en doute l'existence des manifestations de la syphilis dont nous nous occupons, au contraire son argumentation vise la façon dont il faut les interpréter.

Il nie l'arthrite syphilitique tertiaire, mais il admet la même maladie sous le nom d'arthropathie. Simple question de mots dont il nous semble, ainsi qu'à Defontaine et à Lagrange, qu'il a exagéré l'importance, et ne mérite point une telle dépense d'encre. Si l'on est d'accord sur les faits, pourquoi tant discuter les termes? Il serait injuste cependant de méconnaître qu'au point de vue de la pathogénie les conclusions de l'auteur répondent à la très grande majorité des cas.

Les travaux sont nombreux sur ce sujet et beaucoup d'entre eux sont de la plus grande valeur. (Voir bibliographie.)

III

ETIOLOGIE

Defontaine dit qu'un certain nombre de circonstances jouent le rôle de causes déterminantes et favorisent la production des accidents articulaires de la syphilis.

Il cite en première ligne la fatigue de l'articulation. C'est ce qui explique la fréquence des arthropathies syphilitiques au genou. L'influence de la station debout est manifeste dans beaucoup d'observations. Le même auteur ajoute que souvent les lésions graves surviennent chez les individus qui ont souffert des formes légères.

Le traumatisme est quelquefois signalé au point de vue étiologique ; mais son rôle est indéterminé à moins de supposer que comme la tuberculose, il fixe le virus syphilitique dans les articulations, ce qui est bien possible.

Les articulations qui sont prises par ordre de fré-

quence sont : le genou (dans les trois quarts de cas), le coude, l'épaule, la hanche, le cou de pied. Les manifestations tardives sont presque toujours mono-articulaires. Les femmes sont plus souvent atteintes et le genou droit est touché de préférence (Méricamp).

IV

FORMES. — SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

1° *Forme synoviale. Infiltration gommeuse sous-synoviale* (Lagrange). Elle est caractérisée par la production lente des dépôts gommeux et l'épanchement dans la synoviale irritée par leur voisinage. L'hydarthrose est l'accident qui attire l'attention et qui frappe les malades. C'est presque toujours au genou, qui est par excellence l'articulation à épanchements, qu'on l'observe. La région devient globuleuse et plus ou moins tendue. Le malade se plaint de ressentir au niveau de la jointure des douleurs assez vagues ou simplement un peu de gêne. Dans quelques cas, la quantité de liquide est énorme; elle peut diminuer et se produire avec un caractère d'intermittence, qui n'est pas sans valeur diagnostique, s'observant surtout pendant les premiers temps de la maladie (Richet).

A la palpation de l'articulation tuméfiée, on constate

les signes classiques de l'épanchement, puis on note l'épaississement synovial par place à un où plusieurs points de l'article. Cet épaississement est caractérisé par des masses de consistance élastique chondroïde quelquefois assez ferme et parfois même dure. Elles sont arrondies, ovoïdes ou en forme de plaques étalées. On peut les observer partout, mais c'est en certains points qu'elles siègent de préférence. Ainsi au genou, le cul-de-sac sous tricipital, les parties latérales de la jointure de chaque côté de la rotule sont leur siège de prédilection.

Chez un certain nombre de malades, les masses dures dont nous venons de parler, acquièrent une mobilité extrême. Elles n'ont généralement dans ce cas qu'un petit volume et s'étant rapprochées de la séreuse s'en coiffent comme pour se pédiculiser et tombent dans la cavité articulaire. Le malade observé par Toussaint (th. 1881) en est la preuve, et chez celui-ci plusieurs chirurgiens avaient cru l'existence d'un corps mobile articulaire. La présence de telles lésions consistant en plaques grandes comme des pièces de cinquante centimes, de un franc, etc., constitue une très forte présomption en faveur de la syphilis. L'épaississement général uniforme périsynovial a été noté quelquefois et dans ces cas la synoviale donne la sensation d'une coque cartonneuse ou d'une large plaque. Mais cela est rare.

En général, on remarque que dans l'intervalle des

portions épaissies, la synoviale reste souple, mince et qu'en aucune partie on ne rencontre des *fongosités*. Ceci est un signe capital au point de vue du diagnostic quand on se trouve en présence d'une lésion articulaire chronique et principalement d'une tumeur blanche qui constitue la majorité des arthropathies chroniques.

Cette infiltration périsynoviale n'entraîne presque aucune réaction. Les malades n'éprouvent qu'une gêne qui ne met pas d'obstacle absolu à la marche ; les mouvements sont conservés et s'exécutent dans une étendue presque normale. Pas de raideur, pas de contractures musculaires périarticulaires, comme dans tant d'autres lésions des jointures.

La palpation non plus que la pression des surfaces articulaires les unes contre les autres ne déterminent aucune souffrance. Mais le déplacement des surfaces articulaires provoque souvent des frottements tenant au dépoli des cartilages. Lorsque les douleurs surviennent, ce n'est que la nuit qu'elles se font sentir. Certains groupes musculaires du voisinage sont toujours notablement atrophiés, le triceps par exemple quand il s'agit du genou.

Les épaississements synoviaux signalés plus haut sont des lésions gommeuses, des gommes développées dans l'épaisseur de la synoviale.

La marche de cette forme de tumeurs blanches syphilitiques avec infiltration gommeuse est toute différente suivant qu'elle est diagnostiquée et traitée, ou qu'au

contraire elle est méconnue, abandonnée à elle-même ou aux agents thérapeutiques ordinaires et non spécifiques.

Dans le premier cas la guérison prompte est la règle et l'articulation change de physionomie, les masses gommeuses diminuent, fondent et disparaissent. En peu de jours les tissus s'assouplissent, l'épanchement se résorbe et l'articulation reprend son aspect primitif.

Si au contraire les masses indurées périsynoviales sont très anciennes et volumineuses, si la synoviale est depuis longtemps le siège d'un épanchement abondant, généralement alors les ligaments distendus, les muscles atrophiés et les cartilages érodés, mettent obstacle au bon fonctionnement du membre. En pareille circonstance le traitement spécifique quoiqu'améliorant encore d'une façon merveilleuse l'état des malades ne peut amener la *restitutio ad integrum.*

En plus les gommes sous synoviales dont nous avons noté la consistance ferme et même dure peuvent se ramollir; elles donnent alors au palper une sensation toute différente et prennent une consistance qui peut induire en erreur, car on pourrait les prendre pour des amas de fongosités.

Les gommes synoviales peuvent entraîner des désordres encore plus graves lorsqu'elles suppurent et s'ouvrent dans l'articulation : elles peuvent entraîner une assez vive réaction et provoquer une arthrite aiguë.

2° *Forme hypérostosique* (Defontaine). — *Pseudo-tumeur blanche syphilitique* (Fournier, Dureuil, Méricamp).

Essentiellement caractérisée par l'*hypérostose épiphysaire*, cette variété diffère de la précédente en ce que les parties molles articulaires ne sont atteintes que secondairement. Lorsque l'affection est arrivée à sa période d'état, l'articulation se déforme, devient globuleuse et on est frappé de son volume considérable, sans que les téguments présentent aucune altération.

L'atrophie musculaire paraît plus accentuée que dans les cas d'infiltration gommeuse périsynoviale. Cet aspect simule au premier abord celui d'une « tumeur blanche », mais ce n'est qu'une analogie superficielle. Le professeur Fournier a désigné cette forme du nom de « pseudo tumeur blanche syphilitique », pour indiquer l'erreur fréquemment commise qui consiste à confondre la maladie avec la tumeur blanche véritable. Bien que cette description ait été faite à une époque assez éloignée, où on ignorait les manifestations articulaires de la syphilis, on se trompe souvent encore aujourd'hui. Cette dénomination indique qu'il y a un rapprochement clinique entre la tumeur blanche et l'arthropathie syphilitique. Mais les signes sont différents.

L'examen attentif fait voir que l'augmentation de

volume de l'articulation tient à un gonflement en masse dure formé par de l'os ; c'est l'extrémité d'un os long qui est hypertrophié.

Cette hypertrophie osseuse est parfaitement lisse, unie, sans saillie, sans rugosité appréciable ; elle constitue à elle seule la tuméfaction. En plus l'hypertrophie s'étend dans la diaphyse sur une hauteur de 8 à 10 centimètres ; puis par une transition presque brusque, les os reprennent leur volume normal (Dureuil). La pression sur cette tuméfaction osseuse est en général complètement indolente.

C'est donc dans les extrémités osseuses que la syphilis se cantonne, la synoviale n'est nullement épaissie, elle a conservée sa souplesse, et les doigts explorateurs ne rencontrent ni fongosités, ni plaques cartilagineuses.

A une certaine période déjà avancée, on trouve cependant de la fluctuation due à un épanchement articulaire, mais c'est alors une fluctuation franche et à travers la couche liquide où à côté d'elle on sent toujours l'hypérostose. L'hydarthrose chronique, conséquence fatale des progrès de la lésion osseuse, ne doit être envisagée que comme un épiphénomène tout à fait secondaire et pouvant faire défaut (Defontaine).

Il est fréquent de constater des craquements pendant les mouvements. Dans aucun cas on n'a vu de tendance à la suppuration. Il n'y a jamais d'élévation locale de la température. Les malades se plaignent, au contraire

d'une sensation de refroidissement qui les porte à couvrir avec soin le membre malade.

Les mouvements articulaires sont en grande partie conservés, contrairement à ce qui se passe dans presque toutes les autres affections articulaires. Ce n'est guère que le volume des os qui apporte un obstacle purement mécanique et cause de la gène au malade. Lorsque le genou est atteint, on voit les malades boîter légèrement; mais ils peuvent continuer à vaquer à leurs occupations; souvent même ils font de longues marches. Il n'y a point de contracture de défense des muscles de voisinage, et l'exploration, les mouvements provoqués, ne sont en aucune façon pénible.

Les seules douleurs articulaires spontanées sont des douleurs *ostéocopes,* qui siègent dans l'os malade et non dans l'article. Elles sont nocturnes, elles manquent rarement. Elles sont parfois très vives et précèdent de longtemps le développement de l'hypérostose. C'est ainsi que commence la maladie, la tuméfaction osseuse vient ensuite. Chose singulière, elle se développe souvent avec une grande rapidité et prend en quelques semaines de grandes proportions (Morestin).

Le retentissement de l'état local sur l'organisme entier est variable. L'état général est parfois satisfaisant, l'affection s'installe en effet sourdement, mais il n'est pas rare de trouver le malade profondément altéré avec des insomnies fatigantes provoquées par les douleurs ostéocopes. Cette altération est plutôt due à

une syphilis grave, à manifestations viscérales et dont la localisation articulaire est un détail.

Quelle est *la marche* de cette forme de tumeurs blanches syphilitiques, quand elle est méconnue ou abandonnée à son évolution spontanée? Dureuil pensait que l'affection aboutissait à l'ankylose. Mais Defontaine croit que cette terminaison est à démontrer et admet ou bien la persistance simple de l'hypérostose, ou bien la destruction partielle des extrémités articulaires, ayant pour conséquence une laxité articulaire pouvant permettre aux os d'affecter des rapports anormaux.

« A vrai dire, tout cela est possible, mais une terminaison qui est loin d'être rare, c'est l'infection secondaire du syphilome, son ouverture dans l'articulation ou à la peau. J'en eus des exemples au coude, à l'articulation tibio-tarsienne, à l'acromio-claviculaire, Il en résulte ordinairement des fistules intarrissables, des clapiers où la suppuration s'attarde, des trajets plus ou moins anfractueux, qui conduisent dans des excavations osseuses. La lésion est ainsi méconnaissable » (Morestin).

Dans la pratique on rencontrera *des formes mixtes* présentant associés les caractères attribués dans ces deux formes synoviale et osseuse, qui sont les principales.

L'évolution des lésions modifie grandement l'aspect clinique; des formes primitivement simples se transforment en formes mixtes ou complexes qui ne sont

que la terminaison des premières. Le syphilome par exemple épiphysaire s'accompagne bientôt de gommes sous-synoviales, de synovite ou d'hydarthrose.

Observation I (*personnelle*).

Tumeur blanche syphilitique du genou droit ; forme synoviale. Manifestations syphilitiques tertiaires à distance. Troubles fonctionnels sérieux. Guérison par le traitement spécifique intensif.

K... Louis, âgé de 45 ans, rue de Saintonge. Parents en bonne santé. Frères et sœurs bien portants. Pas de tuberculose dans la famille.

N'a pas été malade jusqu'à 20 ans. A cette époque, subit une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui l'a tenu deux mois au lit avec des douleurs atroces, et dont la convalescence fut fort longue.

A l'âge de 23 ans contracte la syphilis ; début par un chancre à la verge, bientôt suivit de roséole, et enfin de plaques muqueuses dans le pharynx sur la langue, et aux lèvres. Par suite de sa profession de voyageur, il est obligé de se faire soigner par différents médecins ; aucun ne le soumet au mercure, mais la proportion d'iodure de potassium, qu'ils lui auraient fait prendre, serait de 2.500 à 3.000 grammes.

A partir de cette époque, le malade se croit guéri, et

se borne tous les 4 ou 5 mois à prendre de lui-même 20 grammes d'Ik.

A 27 ans, il est atteint d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne qui a duré un mois et dont la convalescence fut très rapide.

De constitution robuste, le malade pouvait un mois après porter deux personnes sur les épaules.

A l'âge de 32 ou 33 ans, apparaissent les premiers symptômes d'une dyspepsie rebelle, due probablement aux excès d'Ik, aux abus d'alimentation et de boisson qu'exigeaient sa profession et probablement à la fièvre typhoïde antécédente. Pas de vomissements, mais un malaise persistant pendant la durée de la digestion, des éructations, des douleurs épigastriques et des vertiges fréquents.

A 39 ans, le malade s'aperçoit qu'il a « le nez empâté » et croit à un simple coryza chronique. Sa femme s'aperçoit à ce moment qu'il avait de l'ozène, mais ne lui en avait pas parlé. Le traitement institué (lavages, poudres, cautérisations) ne donna aucun résultat.

Trois mois après, deux phénomènes mirent en évidence la nature spécifique de la maladie ; la perforation de la cloison nasale et l'obstruction du canal nasal avec production d'épiphora firent immédiatement instituer le traitement par l'Ik. A ce moment, pas de Hg. Il y eut amélioration, mais pas guérison entière.

C'est en 1902 qu'apparaissent les premiers symptômes de l'arthrite syphilitique, arthrite dont la nature spécifique fut longtemps méconnue.

Vers le mois de juillet 1902, le malade remarque que le genou droit se fatigue rapidement, qu'il existe de ce côté une certaine diminution de forces ne gênant pas

la marche mais l'empêchant de se prolonger. Il éprouve quelques douleurs vagues, peu accusées, mais n'y attache pas autrement d'importance.

Cependant la gêne et les petites douleurs du genou s'accentuent; ce dernier augmente peu à peu de volume, présente une certaine quantité d'épanchement; la marche sans être douloureuse devient très difficile; les pointes de feu répétées ne donnent aucun résultat; et à la fin de l'année le malade est obligé d'abandonner les voyages; il ne peut plus exercer sa profession de voyageur.

Au début de l'année 1903, dans les premiers jours de janvier, le malade ne peut plus se lever; il a la jambe « comme une barre de fer »; le genou est globuleux, peu douloureux, mais la marche est impossible. On le traite par des vésicatoires, des pommades variées, des frictions diverses. Mais sous l'influence du repos prolongé au lit, la constipation était devenue opiniâtre et l'évacuation des matières faisait souffrir énormément le malade.

En mars 1903 apparurent, peut-être sous l'influence de cette constipation, deux abcès périrectaux, qui devinrent le point de départ de trajets fistuleux. On le transporte à la maison Dubois, où on l'opère, et où il reste trois semaines. L'opération laisse à sa suite une incontinence passagère des matières qui dura 15 jours; et depuis la constipation n'a jamais plus inquiété le malade.

Sous l'influence du repos à son domicile et à la maison Dubois, l'état du genou s'était amélioré; le malade à son départ essaye de marcher, mais le jour

même le genou enfla de nouveau et le malade dut se réaliter.

Jusque là on n'a pas pensé à la nature spécifique du mal; au contraire, les fistules périanales laissaient une bien grande présomption en faveur de la tuberculose.

Un mois après, au milieu de la nuit, le malade est pris de délire, d'agitation; il ne se rend plus compte ni de ses actes, ni de ses paroles. Le médecin croit à un début de « paralysie générale »; au bout de trois semaines, on le transporte à l'hôpital Lariboisière et on le traite immédiatement par des piqûres de mercure à hautes doses; au bout de deux semaines l'état cérébral était merveilleusement amendé, mais celui du genou ne s'était presque pas amélioré. D'ailleurs, il semble qu'à ce moment on croyait à une « tumeur blanche » du genou, puisqu'on lui faisait en même temps des pointes de feu et de l'immobilisation.

Le malade ne resta que 20-25 jours à l'hôpital, mais sur les recommandations d'un élève du service, il continue les piqûres de Hg à son domicile.

Vers le mois d'août 1903, le genou droit est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé. Le malade ne peut pas s'appuyer sur son membre, non pas que la douleur soit marquée, mais parce qu'il n'a aucune force de ce côté, et que le genou tourne sur son axe. Il est donc condamné à l'immobilité et passe le temps dans son fauteuil ou dans son lit.

Le genou est globuleux, les méplats ont disparus; son volume est assez considérable et rendu plus frappant par l'atrophie des muscles, beaucoup plus marquée à la cuisse qu'au mollet.

A la palpation on constate la présence d'une certaine quantité de liquide; les ligaments sont distendus et permettent quelques petits mouvements de rotation sur l'axe. La quantité de liquide est sujette à variations lentes. Le choc rotulien n'est pas perceptible en raison de la quantité de liquide. Pas de points douloureux nets sur le tibia, un point assez vague sur la partie supéro-interne du condyle femoral. Nulle part la sensation de fongosités. Pas de ganglion dans l'aine. Rien au sommet. Le diagnostic de « tumeur blanche » serait probable, malgré les signes cliniques un peu spéciaux.

Une ponction du genou est pratiquée, suivie de lavages répétés de l'articulation à l'eau phéniquée. La ponction permit de retirer une certaine quantité d'un liquide filant, visqueux. Immédiatement après, le malade est mis dans un plâtre qui l'immobilise pendant une vingtaine de jours. En même temps on pratiquait la compression du genou.

Trois semaines après, on défait le plâtre pour examiner le genou, et on constate que le liquide se reproduit en petite quantité seulement; le choc de la rotule est net, sans mollesse, la synoviale est épaissie, mais sans fongosités; de plus à sa partie supéro-interne on la trouve absolument cartilagineuse, comme blindée d'une plaque de cinq francs; pas de points osseux douloureux, si ce n'est une douleur légère à la partie supéro-interne du genou directement sur l'os.

M. le docteur Beurnier, chirurgien des hôpitaux, pense à la nature spécifique de cette arthrite et décide de lui faire subir un traitement intensif par l'Hg, en même temps qu'une mobilisation très prudente du genou.

D'une part, on le transporte tous les deux jours à l'Hôtel-Dieu où on le traite pour la rhinite et l'épiphora ; là on lui injecte chaque fois 2 centimètres cubes de solution huileuse de Panas, soit 8 milligrammes de biiodure de mercure. D'autre part, le docteur Beurnier lui fait appliquer tous les soirs une couche de pommade mercurielle d'un millimètre sur son genou et le recouvrir de flanelle.

Au bout d'un mois de ce traitement intensif l'amélioration était des plus sensibles ; les plaques supéro-internes avaient fondues ; le malade pouvait marcher sur sur son genou avec une béquille ; à partir de ce moment il va tous les deux jours se faire électriser et masser à l'hôpital Lariboisière.

Trois mois plus tard, la synoviale du genou avait recouvré toute sa souplesse, le malade marchait avec une canne.

Nous avons réexaminé le malade en mars 1905. Il est complètement guéri. Il a subi 150 piqûres.

Le genou paraît encore gros en raison de l'atrophie considérable des muscles de la cuisse très marquée par rapport au mollet. La synoviale est souple, l'extension est complète, la flexion presque complète ; le malade arrive à mettre le talon à un travers de main de sa fesse. Il marche sans canne, court et saute. Il n'y a plus aucune douleur à la pression.

En somme la guérison est complète. Le mal n'a guéri qu'au prix d'un traitement intensif et surtout prolongé.

Grâce à des doses, il est vrai considérables de mercure, le malade qu'on avait considéré comme un tuberculeux local et infirme à jamais a vu son état se trans-

former complètement, et le genou, qu'on lui avait prédit en ankylose, retrouver toute sa souplesse.

Observation II (*personnelle*).

(*Recueillie dans le service de* M. Walther, *Hôpital de la Pitié*).

Tumeur blanche syphilitique du genou gauche, avec périostite syphilitique circonscrite.

Madame L... Marie, âgée de 24 ans, entre le 13 janvier 1905 à l'hôpital pour une déformation du genou gauche avec gêne de la marche.

Rien de caractéristique dans ses antécédents héréditaires.

Elle fut prise, il y a 6 ans, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, assez intense, qui dura deux mois, mais ne laissa pas de sequelles.

Réglée à l'âge de 12 ans, elle ne l'est pas régulièrement. Mariée, elle a eu deux couches qui se sont bien passées. Les enfants se portent bien.

Il y 6 mois, la malade s'est aperçu que son genou gauche commençait à augmenter de volume, mais elle n'éprouvait aucune douleur, et la marche n'était que médiocrement gênée. Cependant comme la déformation

du genou s'accusait de plus en plus malgré frictions, onguents etc., elle vient consulter à l'hôpital.

A l'examen, le genou gauche est augmenté de volume, globuleux, peu douloureux; la peau a conservé sa coloration normale.

Par une palpation attentive du système osseux articulaire on trouve deux points osseux sensibles à la pression, l'un au niveau du condyle femoral interne, l'autre au niveau de la partie interne du plateau tibial.

Il y une très légère quantité de liquide dans l'articulation, mais le choc rotulien est net, sans la sensation de tapis, ou des fongosités.

On explore facilement les culs-de-sac synoviaux, mais on est immédiatement frappé par la différence de consistance suivant les différents points de la réflexion de la synoviale. En haut et en dehors on sent des plaques dures, fibro-cartilagineuses, dont la plus intense est grande comme une pièce de 5 francs. Cette plaque n'est douloureuse, ni spontanément ni à la pression. En haut et en dedans on sent de même une plaque, fibro cartilagineuse donnant cette sensation de ressaut, mais séparée des deux premières, par un intervalle, où la la synoviale a conservé sa souplesse et sa consistance normales. Cette plaque a les mêmes caractères que les précédentes.

Au niveau des culs-de-sacs inférieurs, cette sensation se retrouve beaucoup moins nette et moins marquée. La synoviale est souple, sauf en deux points où on peut noter deux petites plaques de blindage.

Les mouvements de l'articulation sont peu douloureux et provoquent des craquements. Il y a une certaine

laxité ligamenteuse qui se traduit par des mouvements de latéralité du genou.

L'examen de la face postérieure du genou dénote l'existence d'un kyste du creux poplité.

Les muscles de la cuisse et de la jambe sont atrophiés ; cette atrophie est surtout marquée au niveau du triceps. Il y a dans l'aine quelques ganglions, mais très petits et sans caractère.

Le genou du coté opposé est parfaitement sain.

En présence de cette arthropathie spéciale, on soupçonne la syphilis. De fait on retire quelques stigmates assez vagues, il est vrai, maux de tête, maux de gorge, perte de cheveux surtout.

La malade est soumise à un traitement intensif : frictions mercurielles quotidiennes avec administration d'IK.

Elle demande à sortir le 13 février. Sans être complètement guérie, elle est très améliorée; les plaques ont presque complètement fondues.

Observation III (*personnelle*).

(*Recueillie dans le service de* M. Walther. *Hôpital de la Pitié*).

Virginie P... vendeuse, âgée de 26 ans, entre le 29 mars à l'hôpital.

Elle se plaint d'une augmentation de volume de son genou gauche ; la marche est génée, quoique peu douloureuse.

Rien de bien particulier dans ses antécédents héréditaires. Les parents sont très bien portants, le père asthmatique, trois frères et sœurs morts en bas âge, dont un accidentellement, trois autres bien portants.

A l'âge de 8 ans a eu la variole. A 19 ans contracte la syphilis ; chancre caractéristique, mais n'aurait pas eu de plaques muqueuses.

Réglée depuis l'âge de 11 ans irrégulièrement ; n'a eu ni enfants ni fausses couches.

La malade commença à souffrir du genou gauche il y a 9 mois. Après un bain pris en juillet 1904, elle ressent des élancements dans le genou, et se plaint de douleurs au niveau du même genou.

Par l'examen de l'articulation on s'aperçoit que ces douleurs existent surtout le long du tibia et sont plutôt marquées la nuit. Elles ont le caractère des douleurs ostéocopes. Le genou augmente de plus en plus de volume, se déforme et bientôt la malade ressent des troubles de la marche, consistant non pas tant en douleurs gênant la marche, qu'en faux-pas et dérobement des jambes.

Elle garde le lit pendant tout le mois de mars chez elle et entre enfin le 29 mars à l'hôpital.

Actuellement la marche est presque impossible. A l'inspection le genou est notablement augmenté de volume ; il est globuleux, les méplats ont disparu, la peau a conservé sa coloration normale. Cette augmentation de volume du genou fait contraste avec l'atrophie du triceps.

Par la palpation on constate immédiatement la présence d'une certaine quantité d'hydarthrose, qui fait saillir les replis des sacs synoviaux et donne une sensation nette de fluctuation. Le choc rotulien est franc et net. Nulle part les replis synoviaux ne donnent la sensation des fongosités, des masses mollasses, mais en plusieurs points on a la sensation très nette des plaques de blindage dans l'épaisseur des replis synoviaux.

Le souvenir de la précédente malade vient immédiatement à l'esprit. En bas et en dedans une plaque fibro-cartilagineuse un peu plus grande qu'une pièce de 2 francs. En haut et en dehors une plaque grande comme une pièce de 2 francs, mais moins saillante, moins tranchée.

Ces plaques ne sont pas douloureuses à la pression. Enfin à la face supéro-interne du tibia on découvre au niveau du repli synovial une nouvelle plaque fibro-cartilagineuse plus petite et immédiatement au-dessous une zone indurée, douloureuse à la pression appuyée, la tuméfaction profonde, qui semble être le tibia lui-même augmenté de volume.

Ce serait en somme, une hyperostose de l'extrémité supéro-interne du tibia. Les mouvements de l'articulation présentent une légère latéralité.

Immédiatement on soumet la malade au traitement spécifique : frictions quotidiennes à l'onguent napolitain avec recouvrements de flanelles, administration de IK (2 gr.) à l'intérieur; de plus, localement, sudation par le coton hydrophile, le taffetas gommé et l'enveloppement.

Au cours du *traitement* on note au niveau du genou une éruption de sudomina, due à la sudation.

La malade est sortie le 13 avril sur sa demande très améliorée. Les douleurs ostéocopes de la jambe ont presque complètement disparu. Le membre inférieur gauche reste plus faible. A la palpation plus d'hydarthrose. Les culs-de-sacs synoviaux supérieurs, ont retrouvé leur souplesse complètement en bas et en dehors, tandis que, en dedans, persiste une très légère et très petite zone indurée.

L'extrémité supéro-interne du tibia est encore augmentée de volume, mais dans des proportions beaucoup moindres. La pression doit être beaucoup plus forte à ce niveau pour réveiller la sensibilité.

Pas de craquements articulaires. La marche est légèrement gênée par la faiblesse du membre inférieur gauche.

On prescrit à la malade de continuer son traitement à domicile jusqu'à guérison complète.

Friction mercurielle, Ik à l'intérieur, grands bains.

Observation IV

(*Obs. de* M. Fournier, *in th. de* Dureuil).

(Résumée.)

Ostéo-arthropathie.

Françoise F..., 41 ans, couturière, entre le 4 août 1873, à Lourcine. Chancre infectant en 1856. Acci-

dents secondaires, graves et multiples. Aucun traitement jusqu'en 1859; à cette époque, enflure du coude gauche, qui disparut par le traitement ioduré. En 1860, vives douleurs, à exaspérations nocturnes, du genou gauche, soulagées par l'iodure de potassium. Accroissement de volume du genou gauche depuis cinq ans.

Etat actuel. La malade porte des exostoses craniennes, humérale gauche (à la partie supérieure de la diaphyse), claviculaire symétrique, sternale (à sa partie supérieure droite), maxillaire, tibiale gauche (à la partie moyenne).

Elle est atteinte d'arthropathie du genou et du coude gauches.

Le genou gauche a au moins deux fois ses dimensions normales et le reste du membre est très amaigri. A travers la peau saine, on voit se dessiner de grosses veines superficielles.

L'exploration, complètement indolore, fait sortir un plan dur et résistant formé par les condyles tibiaux et fémoraux fortement hyperostosés. Leur hypertrophie s'étend à quelques centimètres et cesse brusquement pour laisser l'os reprendre son volume normal. La rotule est élargie. Il y a un épanchement articulaire abondant qui n'existait pas il y a deux ans.

On fléchit la jambe à angle droit sans causer de douleur. La malade n'a jamais cessé de marcher.

Très pâle, très *cachectique,* extrêmement faible, elle se plaint d'être très sensible au froid. Elle éprouve des douleurs ostéocopes violentes dans les points où existent des lésions du squelette. Traitement : friction mercurielle.

13 août. — Le genou diminue.

10 février 1875. — Grande amélioration. Le genou gauche a beaucoup diminué, les mouvements sont tout à fait libres.

Décembre 1879, à l'hôpital Saint-Louis.

Le genou gauche a beaucoup diminué, les mouvements sont tout à fait libres.

Décembre 1879, à l'hôpital Saint-Louis.

Le *genou* gauche est absolument normal. Il faut une grande attention pour reconnaître que le genou gauche est très légèrement plus volumineux que le droit ; cette différence est de 1 centimètre et due à la rotule qui a conservé sa largeur pathologique. Il existe quelques craquements.

Néanmoins, la malade est dans un état de maigreur extrême et de cachexie profonde. Elle tousse et transpire beaucoup depuis quelques mois.

Elle porte de nouveau des exostoses craniennes, cervicale, maxillaire, radiale droite ; elle a une fracture spontanée non consolidée de la clavicule droite près de son extrémité sternale (diagnostic posé par MM. Péan et Duplay) ; aucun appareil ne fut conseillé, la lésion osseuse, sous l'influence de laquelle la fracture s'est produite, devant s'opposer à la consolidation. Aujourd'hui, on se trouve en présence d'une véritable pseudo-arthrose.

Le coude gauche présente une arthropathie qui débutait à l'époque où la malade était encore à Lourcine. Le coude est presque doublé de volume ; il mesure

35 centimètres 1/2, tandis que le droit en a 19. Les muscles du bras et de l'avant bras sont atrophiés. Peau saine. Veines superficielles dilatées et apparentes. A la palpation, sensation dure, résistante, osseuse. Les points qui sont le siège de cette hypérostose sont les extrémités radiale, cubitale et humérale.

Il y a, à la partie postérieure et interne du coude, un point de la tuméfaction qui est fluctuant; il doit être attribué à un cul-de-sac de la synoviale distendue par l'épanchement articulaire.

L'exploration est indolente. Les mouvements sont en partie conservés. La position que la malade donne de préférence à son membre étant une extension presque complète, on peut fléchir sans peine l'avant bras à angle droit. Les mouvements de pronation et de supination n'existent pour ainsi dire pas.

Traitement : iodure de potassium, 1 gr. Badigeonnage à la teinture d'iode.

27 janvier. — Amélioration notable du coude ; il s'est développé une exostose sacrée.

1er février. — Le coude ne mesure plus que 25 centimètres.

Les symptômes de la lésion pulmonaire, qui étaient ceux d'une phthisie pulmonaire, se sont tellement modifiés, sous l'influence de l'iodure, que l'auscultation ne donne plus qu'un peu de rudesse et quelques râles fins à peine perceptibles. Modifiant le diagnostic, M. Fournier pense qu'on a assisté à l'évolution d'une gomme pulmonaire. Iodure 2 grammes.

25 février. — Le coude ne mesure plus que 23 centimètres de circonférence.

2 mars. — Le coude paraît stationnaire.

3 avril. — La malade sort très améliorée ; bien que le coude soit encore volumineux, tous les mouvements sont faciles.

Suit l'autopsie par M. Méricamp, février 1882.

Observation V

(*in th.* de Defontaine.)

Masse gommeuse périsynoviale.

A... Louis, 42 ans, tourneur.

A toujours eu une bonne santé. Il n'a pas eu d'accidents scrofuleux, et n'en porte pas de trace. Il dit n'avoir eu aucune maladie importante.

Il y a trois ans, il eut un chancre qui fut soigné avec des pilules, du sirop, etc. ; il eut ensuite des plaques muqueuses dans la bouche et à l'anus ; il eut des maux de tête, et ses cheveux tombèrent. Après six semaines ou deux mois de traitement, il reprit ses travaux.

Il y a deux ans, il fit une chute à la suite de laquelle il dut rester six semaines au lit, souffrant du pied, et

non du genou; il aurait néanmoins toujours ressenti depuis cette époque une légère douleur dans le genou.

Depuis trois mois et demi, son genou gauche s'est mis à grossir et sa jambe est devenue faible; mais même actuellement (18 novembre 1881) la marche est indolore, les mouvements du genou sont presque entièrement conservés. Ce n'est qu'à partir de l'angle droit que la flexion devient douloureuse.

La synoviale, sans être distendue, contient un épanchement aboondant. A la palpation on sent, au-dessus de la rotule, une masse dure du volume d'une pomme, mesurant 6 centimètres dans le sens transversal et 5 dans le sens vertical. Cette masse semble soulevée par la synoviale et par la couche liquide.

Traitement : 2 cuillerées de sirop de Gibert par jour.

Le 27 novembre 1882, nous revoyons le malade. Il ne s'est pas soigné depuis sa dernière visite à l'hôpital. Il a encore un épanchement abondant dans l'articulation, avec une masse gommeuse du volume d'une noix dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale. Il lui est en outre survenu récemment, en avant de la rotule, une gomme circonscrite qui a amené de la rougeur de la peau, et menace de s'ouvrir. Son avant bras est couvert de syphilides. Il s'est fait marchand de vins, et comme il ne souffre pas, il continue ses occupations ordinaires.

Observation VI

(*in th. de* Defontaine.)

Infiltration gommeuse périsynoviale

M..., 47 ans, sergent de ville, a eu il y a vingt ans, un chancre qui lui a duré trois semaines environ. Quelque temps après, il aurait eu des abcès à la peau.

Depuis deux ans, il est devenu aphone, il a maigri, il tousse.

Le 22 juin 1881, il a dû cesser son service, par suite du mal qu'il porte au genou gauche.

Une interrogation plus suivie de ce malade nous apprend qu'en 1873 ou 1874, il est entré à l'Hôtel-Dieu, où il a été soigné pour une tumeur située au-dessus de l'épine du tibia droit, et guéri par l'iodure de potassium et l'emplâtre de Vigo.

Depuis 1878, son genou droit est gonflé et sa marche est difficile. Il a été traité à diverses reprises par les vésicatoires, la teinture d'iode et les pointes de feu.

L'année dernière, il s'est trouvé amélioré, son genou était diminué de volume, mais on sentait toujours, au niveau du cul-de-sac synovial supérieur et externe, une masse dure qui roulait sous le doigt.

Aujourd'hui 12 juillet 1881, le malade se présente avec une hydarthrose à épanchement moyen, mais les

culs-de-sac synoviaux paraissent pleins. Il y a du choc rotulien. A la palpation on trouve, au niveau de la partie supérieure du cul-de-sac externe, un empâtement mal circonscrit, assez volumineux, occupant 8 centimètres en travers et 4 en hauteur, et semblant siéger au-dessus de la couche liquide fluctuante. La région qu'occupe cet empâtement est déformée en saillie. Le genou est beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé. Il mesure 37 centimètres de circonférence, tandis que le gauche n'en mesure que 33.

Traitement : Frictions mercurielles pendant huit jours. Iodure de potassium, 2 grammes par jour.

19 juillet 1881. — Le genou va beaucoup mieux ; l'épanchement et l'empâtement sont considérablement diminués.

5 août 1881. — Le malade a fait des frictions mercurielles pendant deux semaines. Il a continué l'iodure de potassium. Son genou va très bien.

16 août 1881. — La palpation du genou droit montre qu'il n'y a plus ni liquide, ni empâtement autour de la synoviale.

27 novembre 1882. — Je vois ce malade depuis le mois d'août 1882 ; il n'a plus suivi le traitement. Or, sa guérison s'est parfaitement maintenue, et il a continué son service de sergent de ville. On trouve seulement un peu d'épaississement de la synoviale. Pas de craquements.

Observation VII

(*in th. de* Méricamp.)

Résumée.

Périostite syphilitique circonscrite de l'extrémité inférieure du fémur et hydarthrose. — Guérison rapide par M. Kirmisson.

Nicolas M.., 65 ans, chauffeur, a eu un chancre à 28 ans. Il y a six mois, il ressentit, pendant plusieurs jours, des douleurs sourdes dans le genou gauche, qui devint volumineux.

Aujourd'hui, développement considérable du cul-de-sac supérieur de la synoviale, qui contraste avec la dépression située de chaque côté du tendon rotulien. Pas d'attitude fixe. Mouvements conservés à peine douloureux.

La palpation permet de reconnaître la présence d'une certaine quantité de liquide et la main perçoit une sensation de mollesse qui permet de faire croire à la présence de fongosités. Pas de corps étrangers appréciables,

Il y a un point très douloureux à la pression sur l'extrémité inférieure du fémur, au côté externe, au niveau du point de réflexion supérieure de la synoviale.

Le traitement fut : frictions mercurielles dans les

plis articulaires. Iodure de potassium 1 gramme d'abord puis 2 grammes.

Après 10 jours de traitement, la tuméfaction étant diminuée, on percevait par la palpation, au côté externe de la partie inférieure du fémur, en ce point si nettement douloureux déjà signalé, une petite tumeur circonscrite, immobile, dure, très douleureuse à la pression.

Cinq jours plus tard, il n'y avait plus de liquide, on sentait seulement un léger épanchement dans la bourse séreuse placée en arrière du ligament rotulien.

Un emplâtre de Vigo fut appliqué sur le genou, et enfin, après vingt-huit jours de traitement, il ne restait qu'un peu de gonflement du périoste à la partie supérieure du genou.

Observation VIII

(*Obs. de* M. Kirmisson, *th. de* Méricamp).

Arthropathie syphilitique. Osteïte de l'extrémité du fémur et épanchement articulaire. Guérison rapide.

Georges P... 31 ans, conducteur de train, a eu en 1874 un chancre du prépuce, suivi du cortège ordinaire des accidents secondaires de la syphilis.

Le 9 décembre 1881, il ne se plaint que de son genou.

Il raconte qu'il éprouve dans le genou des souffrances qui s'exagèrent la nuit, mais il n'y a pas d'arthrite; les mouvements de l'articulation ne sont en effet ni douloureux ni limités; on peut tasser les extrémités articulaires sans provoquer de douleur; point de position fixe de la jointure; il existe néanmoins un peu de liquide dans l'articulation.

La partie inférieure de la cuisse est arrondie, et sa forme contraste avec la forme de la cuisse saine. A la palpation, on sent que le fémur est augmenté de volume dans son tiers inférieur.

Diagnostic: affection syphilitique de l'os (périostite ou osteïte), retentissant sur 6 jointures. Traitement: iodure de potassium, frictions mercurielles.

Cinq jours après, le malade accuse du mieux, mais il existe toujours un peu de liquide dans le genou.

17 décembre. Le mieux s'accentue ; le malade monte facilement les escaliers, ce qu'il ne pouvait faire auparavant.

20 décembre. La tuméfaction du fémur a presque entièrement disparu.

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'occasion d'examiner les lésions de la syphilis articulaire en général s'est présentée rarement, puisque la plupart de cas observés guérissent par le traitement.

Richet a admis deux variétés d'arthropathies tardives, suivant que la synoviale ou les extrémités osseuses étaient primitivement atteintes, qui correspondent aux deux formes cliniques que nous avons décrites.

Première variété.

Infiltration gommeuse sous synoviale.

M. Lancereaux, le premier, a bien décrit les lésions périarticulaires; le syphilome périsynovial, c'est-à-dire situé primitivement dans le tissu cellulaire sous synovial. Le fait a été démontré par une autopsie, qui se rapporte à cette variété des lésions. Ce syphilome,

l'examen a montré que c'étaient des gommes développées dans le tissu cellulaire, au-dessous de la synoviale, formant des plaques de blindage qui donnent à la capsule articulaire la consistance d'un carton plus ou moins épais. Les surfaces articulaires dans ces cas sont intactes. L'articulation contient du liquide louche; mais cet épanchement traduit une irritation du voisinage.

Si le syphilome périsynovial se ramollit, l'évacuation des produits caséeux se fait quelquefois vers l'articulation, plus souvent vers la peau, soit des deux cotés à la fois. Des clapiers se forment et leur communication peut donner lieu à de graves pyarthrites nécessitant l'amputation (Coulson).

Même quand la gomme ne s'ouvre pas dans l'articulation, il se produit le plus souvent une arthrite réactionnelle, c'est-à-dire une hydarthrose avec épaississement de la synoviale et érosions cartilagineuses.

SECONDE VARIÉTÉ.

Forme hyperostosique. Pseudo-tumeur blanche (FOURNIER.)

Cette variété fut décrite cliniquement par A. Richet puis par I. Voisin. La première description anatomo-pathologique est celle de Méricamp, puis celle de Schuller, de Gies et de Gangolphe. C'est d'après ces

différentes autopsies que l'on peut donner la description suivante de cette variété, que nous empruntons à M. Mauclaire (*articles synovites et ostéoarthrites syphilitiques. Traité de chirurgie* Le Dentu *et* P. Delbet.)

« Au début, d'après les examens de Gangolphe, c'est une gomme » qui se développe dans une épiphyse et Gangolphe n'admet pas volontiers comme Schuller et d'autres auteurs le début par une lésion superficielle, une ostéoperiostite épiphysaire.

Sur une coupe, le syphilome osseux se présente sous l'aspect d'un foyer de dimensions variables ; ce noyau, gélatineux dans son ensemble présente de petits points caséeux, jaunâtres au centre, tandis que la périphérie est légèrement rosée. Le foyer siège soit isolément sur l'épiphyse ou la région juxta-épiphysaire de la diaphyse, ou bien encore envahit ces deux régions. Le tissu osseux est rarefié dans le point occupé par la lésion, mais au pourtour de celle-ci, il y a une tendance marquée à la formation d'une barrière ostéo-fibreuse, surtout si le processus pathologique est de date suffisament ancienne.

Au microscope, le néoplasme est constitué par une trame fibrillaire, très fine en certains points, plus épaisse franchement fibreuse ailleurs. Elle contient dans ses mailles une grande quantité de petits éléments cellulaires en voie de désintégration granuleuse. Çà et là se trouvent des foyers hémorrhagiques plus nombreux à la périphérie où existe une vascularisation

remarquable. On trouve disséminés au milieu du tissu gommeux, des fragments osseux en voie de disparition présentant des lacunes de *Howship*. La dégénérescence caséeuse n'est pas très étendue ; il y a une tendance à la formation de tissu fibreux résistant. Dans une remarquable observation, présentée récemment par Apert (1) à la Société Anatomique, on voyait sur la face antérieure du condyle interne une masse bourgeonnante développée aux dépens du cartilage.

Le cartilage diarthrodial présente des signes de *chondrite*. Au microscope on voit que les cellules cartilagineuses en voie de prolifération, déformées, irrégulières, forment sur certains points des boyaux pleins d'éléments embryonnaires prêts à s'ouvrir dans la jointure. La substance fondamentale et les éléments cellulaires qui sont disparus sont remplacés par du tissu fibreux cicatriciel.

La tendance à la guérison, accusée par ce travail réparateur, peut s'accentuer de plus en plus, dit Gangolphe, et le syphilome disparaît ; mais on ne connaît pas d'exemple de ce noyau cicatriciel ostéo-fibreux de guérison. Si la lésion s'accroît, l'*ostéïte raréfiante*, le *chondrite* augmentent, le cartilage diarthrodial, d'abord aminci, puis perforé, laisse communiquer librement le foyer néoplasique avec la cavité articulaire.

(1) Apert. — *Soc. Anat.* 15 novembre 1895 et bulletin p. 649.

A la *période d'état*, l'ulcération épiphysaire s'accroît de plus en plus, surtout du côté de l'articulation ; la synoviale s'épaissit et se présente sous l'aspect d'une membrane rougeâtre, épaisse de 2 à 3 millimètres, finement villeuse sur certains points. Le liquide épanché est peu abondant ; d'abord séreux, il devient séro-purulent, trouble, floconneux, roussâtre ou purulent. D'après Méricamp, cet épanchement peut être simplement de nature irritative s'il n'existe qu'un foyer de périostite gommeuse au niveau de la réflexion du cul-de-sac synovial.

Les ligaments, généralement intacts, ne sont guère atteints que dans les cas où l'altération gommeuse s'attaque à leurs insertions sur l'épiphyse. Quand plusieurs extrémités articulaires constituant une jointure sont malades, elles paraissent atteintes les unes après les autres. Les pertes de substance sont revêtues par une néomembrane rougeâtre, fibreuse, reposant sur une lame éburnée à peu près partout, sauf dans les points par lesquels la jointure a été envahie. Par ce trajet de communication, on arrive sur le syphilome.

La synoviale est dure, épaissie, très vasculaire, avec tendance à la sclérose, sans endartérite oblitérante comme dans la tuberculose. Les fongosités, quand elles existent, sont toujours très peu abondantes dans l'arthrosyphilose.

A. Richet insista sur ce fait que souvent une seule extrémité osseuse est atteinte, tandis que, dans la tuber-

culose, les deux épiphyses se prennent rapidement.

Quand l'affection s'arrête dans son évolution, tantôt l'extrémité articulaire atteinte est irrégulière, bosselée, mais elle a conservé son aspect général, tantôt sa forme est considérablement modifiée. La guérison s'effectue par l'élimination du tissu osseux qui se recouvre en même temps d'une couche fibreuse comblant en partie la perte de substance. La surface cartilagineuse diarthrodiale persistante est couverte de petits mamelons de dépression, de sillons cruciformes ou étoilés ; l'aspect est semblable à celui que présente le foie tertiaire. Les ligaments, la capsule peuvent rester plus où moins épaissis, retraités, et si l'arthrite a été intense, une ankylose fibreuse assez serrée peut en être la conséquence.

Il n'y a pas là, dit Gangolphe, de quoi constituer une variété spéciale : l'arthropathie tertiaire déformante admise par Méricamp, Duménil, Danjou. Ainsi que le dit Fournier, ce nom est mauvais ; il s'agit en réalité d'une arthropathie avec déformation épiphysaire, provoquée par des hypérostoses, ulcérations qui déforment les surfaces articulaires, d'où des malformations, subluxations, etc.

En somme, ces lésions se distinguent de la vraie arthrite déformante :

1° Parce qu'elles surviennent à un âge moins avancé que l'arthrite déformante ;

2° Parce que les érosions osseuses ne semblent pas

localisées aux points où la pression intra-articulaire est la plus forte ;

3° Parce que l'os ne présente ni éburnation, ni production ostéophytique à la périphérie des articulations ;

4° Parce que la forme des érosions osseuses est le plus souvent réniforme ou en croissant (Gangolphe).

Il est aussi intéressant de noter les différences anatomo-pathologiques entre l'ostéoarthrite syphilitique et l'ostéoarthrite tuberculeuse. — *Dans l'ostéoarthrite syphilitique il n'y a pas de nécrose, il n'y a pas de territoires éburnés blancs, jaunâtres, c'est-à-dire d'infiltration puriforme, il n'y a pas de caséification, pas de suppuration* (en général), *le cartilage diarthrodial reste partout adhérent au tissu spongieux sous-jacent, la synoviale, les ligaments ne présentent aucune fongosité.*

D'autre part, l'arthrite syphilitique diffère de l'arthrite chronique rhumatismale par ce simple fait que, dans celle-ci, en général il y a production souvent énorme de tissu cartilagineux et osseux et non destruction des surfaces articulaires.

Disons enfin que d'après Gies, Schuller, Virchow, il y aurait des cas dans lesquels la lésion est limitée au cartilage diarthrodial. Mais cette *chondrite primitive* doit être bien rare, d'après Gangolphe. Hutchinson, après Virchow, insista également beaucoup sur la transformation fibrillaire du cartilage dans la chon-

drite spécifique et le cas suivant de Bowlby (1) me semble un peu douteux. « Les cartilages articulaires étaient épaissis et couverts d'ecchondroses dans certains points, détruits dans d'autres, suivant une épaisseur variable. Dans les points détruits, le cartilage semblait avoir été enlevé à coup de gouge et il ne restait alors que des portions cartilagineuses irrégulières, à bords tailladés en croissants parcourus par des sillons profonds de différentes grosseurs ; l'épiphyse était carrée (?) les ligaments articulaires intacts et peu de traces d'ankylose. L'examen microscopique excluait tout à fait l'idée de tuberculose. »

(1) Bowlby, *British med. Journal*, nov. 1893, vol. II, p. 946

VI

DIAGNOSTIC

Pour reconnaître l'existence de la syphilis articulaire en général, il faut connaître sous quelles formes symptomatiques elle peut se présenter. L'attention étant éveillée sur ce point, le diagnostic devra et pourra presque toujours être fait d'après les seuls caractères locaux.

D'une façon générale, lorsque la lésion n'est pas fistuleuse, l'indolence est un caractère fréquent des lésions syphilitiques ; et il est incontestable que souvent, elle doit engager le praticien à rechercher la possibilité d'une vérole antérieure.

Indolence à la pression, douleurs nocturnes spontanées occupant surtout les extrémités osseuses, pas de contracture réflexe, ni d'immobilisation, conservation des mouvements, pas de fongosités, pas d'engorgement ganglionnaire, plaques fibro-cartilagineuses péri-synoviales, voilà des signes qu'on rencontre le plus fréquemment. Les symptômes généraux et en particulier

la fièvre n'existent que lors des complications secondaires.

Enfin le résultat du traitement spécifique constitue dans bien des cas le seul critérium d'une réelle valeur.

Le diagnostic est à faire dans des circonstances bien différentes selon la période de la maladie et la forme sous laquelle la manifestation articulaire se présente.

L'hydarthrose simple se reconnaîtra à son étiologie ; il n'y a pas d'inégalité en plaques de la synoviale ; la lésion est d'emblée plus diffuse, pas d'altération au niveau des os.

La ressemblance est parfois grande avec *le rhumatisme*, mais ici l'évolution et la marche de celui-ci, et l'épaississement notable de la synoviale dans l'affection qui nous occupe éclaire le diagnostic.

L'*arthrotuberculose* prend rarement la forme synoviale périarticulaire. Dans ce cas on note rarement un grand nombre de gommes tuberculeuses périarticulaires, la marche vers la sclérose ou vers la caséification est beaucoup plus rapide, l'adénite de voisinage est la règle, la suppuration est plus précoce, l'état général est altéré.

Dans la forme *ostéo-articulaire de la tuberculose*, le début est lent, la douleur aussi marquée le jour que la nuit, les épiphyses sont moins irrégulières, la synoviale moins épaisse, la contracture musculaire et l'attitude vicieuse sont plus précoces. Ici encore la suppuration est rapide, l'atrophie musculaire plus marquée,

l'adénite de voisinage la règle et l'état général vite altéré.

L'*arthrite sèche* survient à un âge plus avancé ; les déformations qu'elle imprime aux extrémités osseuses sont plus irrégulières; elle s'accompagne de bonne heure de craquements articulaires plus accentués que dans l'ostéo-arthrite syphilitique.

Le *rhumatisme chronique* existe rarement d'emblée, la synoviale est moins épaisse et sans plaques indurées.

Les *arthrites goutteuses* se reconnaitront aisément par leur siège et leur tophi.

Il arrive parfois que l'hyperplasie de la synoviale se localise très exactement en un point qui fait saillie dans la cavité articulaire; le noyau induré peut arriver à se pédiculiser progressivement et ainsi peuvent prendre naissance, sinon des *corps étrangers* complètement libres dans la jointure, du moins des noyaux mobiles et pouvant faire croire à de véritables corps étrangers articulaires.

Defontaine cite deux observations de ce genre. Dans l'une il s'agissait d'un corps arrondi de 3 centimètres de diamètre qui fuyait et se cachait derrière le ligament rotulien; dans l'autre plus démonstrative, il s'agissait d'un malade qui présentait tous les signes d'un corps étranger articulaire du genou ; on trouvait en outre, au niveau de l'articulation de petites masse dures et très mobiles. Le malade se trouvant en même temps porteur

d'ulcération syphilitique, fut soumis au traitement spécifique; or, les corps étrangers disparurent eux-mêmes en peu de temps. Ces faits ont un certain intérêt diagnostique et présentent, en outre, une certaine importance au point de vue de la pathogénie de certaines variétés des corps étrangers articulaires.

Quant *aux tumeurs épiphysaires,* les unes, les exostoses, les chondromes, les autres, les sarcomes centraux, sont douloureuses, aussi bien le jour que la nuit; leur évolution est rapide. Elles s'accompagnent de vascularisation superficielle; la coque osseuse amincie qui les recouvre donne la crépitation parcheminée. Mais ici encore en cas de doute, ce qui est fréquent, le traitement spécifique explorateur s'impose souvent, si d'après les antécédents et l'examen du reste du corps rien ne peut faire croire à la syphilis. Ce sont là des cas dans lesquels il faut interroger bien des fois les malades, les retourner pour ainsi dire, afin de finir par leur faire avouer leurs antécédents ou découvrir une exostose petite et ignorée du malade, une gomme musculaire, des périostoses tibiales, de la tibialgie ancienne, etc. (Mauclaire).

S'il est quelques cas typiques pour lesquels le diagnostic peut être fait sans avoir recours au traitement spécifique à titre d'exploration, il en est beaucoup d'autres pour lesquels il faut attendre le résultat de celui-ci pour être fixé sur la nature de la lésion observée (Mauclaire).

VII

PRONOSTIC

Dans les cas types, la précocité du diagnostic et l'institution du traitement spécifique favorisent l'évolution assez rapidement vers la guérison. Dans les cas difficiles, il faut soupçonner la syphilis et donner le bon traitement.

Mais si on passe à côté, le mal durera, s'aggravera, les lésions se compliquent et peuvent même devenir incurables sans opération.

VIII

TRAITEMENT

Sans revenir sur l'exposé que nous venons de faire des manifestations articulaires tardives de la syphilis acquise, nous disons que le traitement ne comporte aucune indication particulière; il est d'autant plus efficace qu'il est appliqué de bonne heure.

Donc le tout est de faire un bon diagnostic; dès lors tout devient facile et simple et en peu de temps on voit disparaître et fondre des lésions déjà anciennes qui désolaient les malades.

Fréquemment ces formes de la syphilis articulaire tardive sont prises pour de la tuberculose et à ce titre les malades sont condamnés aux bains de mer, à l'huile de foie de morue, aux pointes de feu, etc. Tandis que le temps de subir quelques frictions, de prendre quelques pilules, suffit à les rendre à la vie normale.

Naturellement contre les infections secondaires et les lésions devenues fistuleuses, le traitement médical est

insuffisant. C'est dans ces cas rares que le chirurgien doit intervenir à l'occasion.

Les infections articulaires ayant provoqué par des suppurations intarissables des lésions fistuleuses rendent nécessaires certains actes opératoires, résection totale, semi-articulaire.

Mais même dans ces cas exceptionnels, il n'y a avantage à intervenir qu'après avoir néanmoins soumis le malade à un traitement intensif et prolongé pour qu'on puisse admettre qu'il ait épuisé tout son pouvoir d'amélioration.

On a recours aujourd'hui aux injections d'huile grise ou de cyanure de mercure, sans oublier les frictions mercurielles associées à l'iodure de potassium.

IX

OSTÉOPATHIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE CHRONIQUE. — PSEUDO-TUMEUR BLANCHE DE FOURNIER

Dans la pratique, c'est cette variété que l'on rencontre le plus souvent parmi les manifestations de la syphilis héréditaire articulaire. Elle a été magistralement décrite par M. Fournier dans ses *Leçons sur la syphilis héréditaire.*

Il s'agit d'une lésion assez rare.

Guterbock affirme qu'on trouve un cas d'arthropathie sur 300 hérédo-syphilitiques âgés de moins de 5 ans. M. Fournier sur 212 cas de syphilis héréditaire compte cinq observations.

L'ostéopathie chronique répond très exactement à la 2e forme des « Tumeurs blanches syphilitiques » (Richet) ou « Pseudo-tumeur blanche syphilitique » (Fournier).

L'âge des malades est très variable, 11 jours, 2 mois, 6 mois, 27 mois, 4 ans, 9 ans, 11 ans, 17 ans.

Le siège de l'affection est variable ; ce sont les grandes articulations qui sont prises et en général les extrémités répondant au cartilage de conjugaison le plus fertile ; c'est *le genou* qui est pris le plus fréquemment.

Le début est parfois très insidieux, et les premiers stades de la maladie passent inaperçus. Généralement les malades consultent quand la maladie est à sa période d'état. Bien des fois, des douleurs accompagnent le développement du syphilome osseux, et précèdent de longtemps l'apparence des symptômes caractéristiques. Aussi sont-elles prises facilement pour des douleurs de croissance.

Les signes principaux de cette affection sont au nombre de 2.

1° Augmentation du volume des extrémités osseuses.

2° Indolence fonctionnelle avec absence des signes articulaires proprement dits.

A. — *Augmentation de volume des extrémités osseuses articulaires.*

Ce signe ne manque pas dans les observations que nous résumons.

L'augmentation de volume des épiphyses se retrouve dans les observations de Dureuil qui écrit : « Nous croyons pouvoir affirmer en nous appuyant sur les

données cliniques et sur l'opinion de M. le professeur Fournier que la pseudo-tumeur blanche syphilitique a comme caractère essentiel d'être une hypérostose occupant sur une étendue plus ou moins considérable les extrémités des os qui concourent à former l'articulation. »

Ce signe est pour ainsi dire constant. Ainsi une des extrémités osseuses est augmentée de volume; cette tuméfaction parfois légère peut doubler, tripler les proportions de l'os malade; elle a sa limite jointe à l'épiphyse, mais accentuée plus ou moins haut sur la diaphyse jusqu'à 4, 6, 7, 10 centimètres de l'articulation.

Il arrive souvent que la région articulaire tout entière soit gonflée en masse; ce gonflement paraît d'autant plus saillant que les muscles qui sont situés au-dessus et au-dessous sont souvent très atrophiés.

Cette configuration globuleuse que prend l'article rappelle celle de la « tumeur blanche ». Mais cette analogie n'est qu'apparente, car il suffit de mettre la main sur la partie malade pour reconnaître, qu'il n'y a là ni fongosités, ni épaississement des parties molles, mais une tumeur très dure presque sous-cutanée.

B. — *Indolence fonctionnelle.*

Ce signe négatif est d'une réelle valeur. Si la région malade est parfois un peu douloureuse à la palpation,

si les douleurs spontanées ne sont pas rares (surtout sous forme de douleurs ostéocopes), en revanche la gêne fonctionnelle est nulle ou à peu près; les mouvements sont conservés dans une grande étendue; s'ils sont limités, c'est que la déformation des surfaces articulaires apporte une gêne mécanique.

Le malade se présente généralement à la consultation avec une légère boiterie, mais il marche et court même sans douleurs (Kirmisson-Jacobson).

Dans l'observation IX de Dureuil, l'enfant continue à marcher et à jouer, malgré l'augmentation de volume de son genou et vient consulter à pied de Levallois-Perret à Saint-Louis.

A côté de ces symptômes fondamentaux se groupent accessoirement des phénomènes secondaires inconstants.

L'hydarthrose est fréquente. Il ne faut pas confondre l'ostéo-arthropathie chronique accompagnée d'épanchement avec l'hydarthrose syphilitique héréditaire forme spéciale.

Dans la variété qui nous occupe, l'épanchement est modéré, il peut disparaître ou manquer totalement. Parfois ce symptôme apparaît tardivement. Il est la règle lorsque la tuméfaction a acquis un volume notable; il disparaît en même temps que la tuméfaction épiphysaire sous l'influence du traitement.

La synoviale peut présenter un léger épaississement général ou des épaississements par place constituant

ainsi des plaques de blindage très importants pour le diagnostic. Leur siège est identique comme dans la forme synoviale gommeuse de la syphilis articulaire acquise.

La pseudo-tumeur blanche hérédo-syphilitique évolue sans troubles généraux; pas de fièvre, pas d'amaigrissement, pas de tendance à la suppuration, pas d'épuisement cachectique, quelle que soit la période à laquelle on l'observe.

Il nous paraît intéressant de rapporter ci-après les observations les plus démonstratives recueillies dans divers mémoires.

Observation IX

(*In thèse de* Dureuil.)

(Résumée.)

Syphilis héréditaire. Hypérostose du tibia droit. Pseudo-tumeur blanche syphilitique du genou gauche. Hydarthrose consécutive.

O... Léon, 11 ans, soigné en 1880 dans le service de M. le professeur Fournier, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas. Entré le 25 février 1880. Bonne santé

antérieure, n'a jamais fait aucune maladie et n'est porteur d'aucune manifestation scrofuleuse.

Sa mère raconte qu'à l'âge de six semaines, cet enfant qui, jusqu'alors, avait été très beau et très vigoureux, se mit à dépérir et fut pris de diarrhée. Elle constata avec grande inquiétude, des ulcérations périnéales qui résistèrent pendant un certain temps à tous les soins. D'après les détails donnés par cette femme, on peut penser qu'il s'agit là d'une manifestation syphilitique, sans cependant être en droit de l'affirmer positivement. « M. Bouchut la traita pendant quelques temps avec une cuillerée à café d'une eau claire et salée », dit la femme qui ne put donner d'autres détails. Quoi qu'il en soit, au bout de quelques jours l'enfant reprend la santé et l'embonpoint. Aujourd'hui c'est un enfant vif, intelligent, n'ayant jamais été malade depuis les premiers accidents que nous venons de citer et n'offrant pas le moins du monde l'aspect d'un scrofuleux. La santé était bonne, malgré la nourriture souvent insuffisante, lorsqu'il y a deux ans, jouant avec des camarades, il reçut, à ce qu'il raconte, un coup peu violent sur la partie supérieure de la jambe droite. Ce coup marqua le début de l'affection osseuse qu'il porte à la jambe droite. La jambe devint rouge, enflée; l'enfant cacha son état de crainte d'une correction. Le volume du tibia augmenta pendant un an et alors l'enfant se décida à le montrer à sa mère, car alors existaient à la surface de la tuméfaction osseuse trois plaies dont la souffrance l'obligèrent à se plaindre. Les soins médicaux guérirent ces plaies, sauf à la partie supérieure, où il resta un point qui ne pouvait se cicatriser. Cette petite plaie fut le point de départ d'une

ulcération que l'on voit encore aujourd'hui et qui n'eût jamais d'autre caractère.

Il y a six semaines, il constata, sans pouvoir se l'expliquer autrement que par la fatigue, n'ayant reçu aucun coup, que son genou gauche, qu'il avait remarqué être volumineux depuis quelque temps, venait d'augmenter considérablement de volume dans un laps de temps assez restreint. Comme il ne souffrait pas, que ses jeux n'étaient pas interrompus, il aurait gardé le silence si l'ulcération de la jambe droite, par la douleur qu'elle lui occasionnait, ne l'avait obligé à parler.

Cette augmentation de volume était due à un épanchement articulaire. Le malade resta six semaines sans traitement.

Du côté du membre gauche, on constate que l'articulation du genou est volumineuse et que cette augmentation qui atteint le fémur et le tibia à leurs extrémités donne à la jointure un aspect caractéristique; malgré cela, la peau est parfaitement intacte dans toute son étendue. En mesurant les dimensions de la tumeur, le membre étant dans l'extension complète, on trouve : pour le diamètre médio-rotulien, 30 centimètres; sous-rotulien, 26; sus rotulien, 27. Si l'on cherche à se rendre compte des causes de cette augmentation considérable, l'on constate qu'elle tient, d'une part, à ce que l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia sont tuméfiées; que cette tuméfaction qui est absolument lisse, sans rugosité aucune, tout d'une venue, en un mot, donne au toucher absolument la sensation d'une résistance osseuse; il n'y a pas de doute possible on est en présence d'une hypérostose des extrémités tibiale et fémorale. L'hypérostose tibiale a une longueur

de 7 centimètres ; la fémorale mesure 6 centimètres. C'est surtout sur les condyles internes tibiaux et fémoraux que cette hypérostose est très manifeste. Ils sont, d'une façon très évidente, plus volumineux que les condyles externes qui, d'ailleurs, sont plus volumineux qu'à l'état normal. L'augmentation de volume de l'articulation dans sa masse tient, d'autre part, à la présence d'un épanchement articulaire. Cette hydarthrose qui, comme nous l'avons dit, remonte à six semaines et qui est, par suite, consécutive à l'hypérostose des extrémités articulaires, n'est plus, aujourd'hui, aussi considérable qu'elle était à cette époque. Lorsque le membre est dans l'extension complète, la rotule qui d'ailleurs, a conservé son volume normal et sa mobilité, est éloignée des condyles fémoraux d'un peu moins d'un centimètre. Malgré cela, l'épanchement intra-articulaire est très nettement sensible. On ne constate pas, dans toute la tumeur la moindre trace de fongosités. *La synoviale* et les tissus périarticulaires ne sont ni épaissis, ni *indurés*, l'exploration ne provoque aucune douleur dans toute l'étendue de la masse morbide.

Les mouvements de l'articulation sont entièrement libres. Le malade, depuis les débuts des premiers symptômes, s'est toujours servi de son membre comme s'il était sain ; il boite cependant un peu ; mais il est capable de supporter une longue course, car il est venu à pied de Levallois-Perret à Saint-Louis.

Après l'examen des lésions qui viennent d'être décrites, cette arthropathie ne peut avoir qu'une origine syphilitique. En outre de l'histoire complète de cette pseudo-tumeur blanche, il est manifeste que la question

d'hérédité syphilitique s'impose (la syphilis venait de la grand'mère).

Traitement. -- Iodure de potassium, 1 gramme par jour; emplâtre de Vigo sur l'ulcération de la jambe droite.

Le 29 février. — Après quatre jours de traitement et de repos, la pseudo-tumeur avait diminué de près d'un centimètre dans chacun de ses diamètres médio, sus et sous-rotulien.

3 mars. — Le diamètre medio-rotulien ne donne plus, à la mensuration, que 29 centimètres, sus-rotulien 26, et sous-rotulien 25.

Le 16. — La tumeur a diminué d'un centimètre dans ses trois diamètres, le médio-rotulien ne mesure plus que 27 centimètres. L'hydarthrose a diminué considérablement; le diamètre sus-rotulien mesure 25 centimètres, et le diamètre sous-rotulien 24.

M. le professeur Fournier prescrit l'iodure de potassium à dose de 1 gr. 50.

Observation X

Extraite de la Revue d'orthopédie de 1897. Article de MM. Kirmisson et Jacobson *sur les arthropathies dans la syphilis héréditaire.*

Arthropathie hérédo-syphilitique du genou gauche.

L'enfant Charles L..., âgé de 4 ans et demi, nous

est amené le 17 septembre 1896 à la consultation de l'hospice des Enfants-Assistés pour un gonflement du genou gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu la syphilis il y a cinq ou six ans, à l'âge de 26 ans. Il a eu un chancre, la roséole, des plaques muqueuses, des clous (?) et il y a deux ans, sur la verge, une syphilide chancriforme. Il est soigné par le proto-iodure et le sirop de Gibert pendant deux ans.

Actuellement, il présente une glossite syphilitique typique (langue parquetée) avec leucoplasie buccale. C'est un grand fumeur. Il boit environ 3 litres de vin par jour, mais pas d'alcool, et présente quelques signes d'ethylisme.

La mère n'a pas eu d'accidents pouvant être rapportés à la syphilis. Elle a eu cinq enfants :

1er enfant. — Garçon. Mort-né au septième mois de la grossesse.

2e enfant. — Garçon. Agé actuellement de 10 ans 1/2 atteint d'otite chronique suppurée.

3e enfant. — Fille. Morte à l'âge de 6 mois, avec des éruptions sur tout le corps.

4e enfant. — Fille. Agée actuellement de 6 ans. A eu il y a deux ans une grosseur à l'anus, traitée avec succès par le sirop de Gibert et l'iodure.

5e enfant. — Est notre malade.

Cet enfant, à l'âge de 18 mois, a été montré à M. le professeur Hutinel pour une éruption généralisée. M. Hutinel a ordonné des frictions mercurielles qui ont rapidement amené la guérison. Depuis l'enfant s'est toujours bien porté.

L'affection actuelle du genou a débuté sans cause connue en décembre 1895. C'est le matin, en levant l'enfant, que la mère a remarqué par hasard que le genou était gros. L'enfant ne s'en était pas plaint. On conduit l'enfant dans un hôpital où on lui appliqua des pointes de feu, puis un appareil plâtré qu'il garda dix-huit jours sans résultat aucun.

Mais comme l'affection n'était pas douloureuse, on ne s'en préoccupa pas davantage et l'enfant ne suivit pas d'autre traitement. L'affection persistait avec des alternatives de mieux et de pis. Il n'y a pas eu de douleurs, mais seulement assez souvent une sensation de fatigue.

Enfin le 17 septembre 1896, un an après le début du mal, on nous amène le petit malade.

Etat actuel. — Le genou gauche est augmenté de volume dans son ensemble. L'exploration de l'articulation montre qu'elle renferme une quantité modérée de liquide. Il n'y a pas de fongosités. Ce qui nous frappe surtout, c'est l'indolence lors des mouvements passifs et la conservation intégrale de ses mouvements. Pas d'attitude vicieuse du membre. Léger degré de genre valgum.

L'extrémité supérieure du tibia est très augmentée de volume, surtout son condyle interne qui fait une forte saillie à la face interne du membre. L'enfant boite légèrement.

Il n'a jamais eu de douleurs dans son genou malade.

On voit au pourtour de l'anus quelques cicatrices blanches déprimées.

Diagnostic. — Ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique.

Traitement. — Frictions mercurielles et iodure de potassium.

1er octobre 1896. — L'enfant est revu. Le gonflement du genou a diminué et on peut percevoir au côté externe du cul-de-sac sous-tricipital un nodule dur, de la grosseur d'un haricot, siègeant à la hauteur du point de réflexion de la synoviale.

15 octobre. — Même état, mais on ne trouve plus la petite tumeur constatée le 1er octobre.

29 octobre. — L'enfant peut être considéré comme guéri. Il marche sans boiter. Son genou ne le fait pas du tout souffrir.

12 novembre. — La guérison est complète. Le traitement est supprimé.

10 décembre. — L'enfant nous est ramené parce que son genou est de nouveau légèrement gonflé. Il ne boite pas, mais il a un peu d'épanchement dans son genou, Reprise du traitement.

24 décembre. — L'épanchement a diminué manifestement.

29 janvier 1897. — La guérison est complète. Le traitement est interrompu. Nous avons depuis lors pris à plusieurs reprises des nouvelles de l'enfant. La guérison s'est maintenue.

Observation XI

Recueillie dans le service de M. le professeur Grancher (*Hôpital des Enfants Malades*). in *th. de* Métayer, 1904.

(Résumée.)

Syphilis héréditaire tardive : kératite interstitielle. Double ostéo-arthropathie du genou. Guérison.

André S..., âgé de 7 ans, entre le 14 janvier 1903, à l'hôpital des Enfants malades, salle Bouchut, lit n° 3, dans le service de M. le professeur Grancher.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants ; malgré un interrogatoire minutieux nous n'avons pu trouver d'antécédents spécifiques du côté du père; quant à la mère, elle n'a jamais non plus présenté d'accidents suspects; elle n'a pas fait de fausses couches, mais a perdu deux autres enfants en bas âge; l'un est mort à seize mois, en nourrice, de méningite (?); l'autre né avant terme, à huit mois, n'a vécu qu'un mois.

Antécédents personnels. — L'enfant actuel est né à terme et bien constitué. Rien de particulier n'a marqué sa première enfance; la mère nous dit bien qu'il a eu un « rhume » peu après sa naissance, mais il s'agit très

probablement d'un simple coryza qui a guéri rapidement et spontanément. L'enfant a été nourri au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois : il a marché tard, à vingt mois seulement. Rougeole à trois ans et demi ; c'est la seule maladie qu'il ait eue.

Etat actuel. — L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a deux mois environ. Les parents ont d'abord remarqué des troubles du côté des dents, troubles qui paraissent tenir simplement à l'évolution pénible de la seconde dentition ; il y eut à ce moment de la gingivite avec adénite sous-maxillaire. A peu près à la même époque, l'œil droit devient rouge et larmoyant : la vue s'affaiblit malgré les traitements institués (lavages à l'eau boriquée, pommade au précipité jaune, etc.).

Très peu de temps après surviennent des modifications importantes du côté des genoux : ce sont d'abord des douleurs au moment où l'enfant se redresse qui peu à peu augmentent, les jointures deviennent raides, se déforment, rendant la marche très pénible. C'est alors que l'enfant nous est envoyé.

L'enfant entre dans le service le 14 janvier apporté par son père, car c'est à peine s'il peut faire quelques petits pas. Lorsqu'il est debout, on voit qu'il porte le poids du corps sur la jambe gauche, tandis que la droite, est demi fléchie, ne touche le sol que par la pointe du pied ; l'attitude vicieuse ne disparait que par le décubitus dorsal. A l'examen, sur un lit, voilà ce qu'on constate : les deux genoux sont déformés, le droit plus que le gauche ; ils sont le siège d'une augmentation de volume qui leur donne une apparence globuleuse et cet aspect accentué par l'atrophie musculaire rappelle

absolument, pour le genou droit, la déformation caractéristique de tumeur blanche tuberculeuse.

La palpation permet de se rendre compte que cet aspect des jointures tient à l'augmentation de volume des extrémités osseuses. Hydarthrose ; choc rotulien. De plus, le cul-de-sac sous tricipital du côté droit est empâté et la palpation en est douloureuse en dehors. Les mouvements douloureux à droite. L'extension complète impossible ; le membre inférieur est en demi-flexion.

Du côté des yeux on constate du larmoiement et de la photophobie qui rendent l'examen difficile ; du côté droit, cependant, on voit que la cornée est le siège d'une infiltration diffuse avec injection vive des vaisseaux au niveau du limbe ; du même côté, le malade ne distingue pas bien les objets ; il ne voit qu'un brouillard. Du côté gauche, il y a aussi opacité de la cornée, mais légère avec injection périkératique : la vision peu modifiée. En somme, double kératite interstitielle, très prononcée à droite.

Du côté de la bouche : des dents mal plantées, mais pas de véritables dents de Hutchinson. Rien du côté des oreilles, ni du nez, rien non plus du côté du squelette, ni du côté des testicules. Foie et rate sains. Aspect général bon : l'intelligence bien développée. Diagnostic : double ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique. Le traitement consiste en frictions mercurielles et iodure de potassium. Le membre droit placé dans une gouttière ouatée et emplâtre de Vigo au niveau du genou pendant quinze jours sans modifications sensibles.

Devant cet échec, emploi d'une médication plus énergique : injection intra musculaire de bi-iodure de

mercure en solution aqueuse par l'addition de l'iodure de potassium.

Au bout de 4 ou 5 injections, les douleurs ont disparu ; les mouvements plus faciles du côté droit et disparition presque complète de l'hydarthrose. Parallèlement l'infiltration kératique se résorbait peu à peu, la vision se rétablissait et le 27 mars 1903, après environ 35 injections de 4 milligrammes de bi-iodure d'hydrargyre, le petit malade est dans l'état suivant : pas de souffrances aux genoux qui ont recouvré tous leurs mouvements ; les articulations ont diminué de volume : persistance encore de l'hypérostose des épiphyses fémoro-tibiales ; du côté des yeux : l'œil gauche normal ; l'œil droit très amélioré ; la cornée désinfiltrée, la vision à peu près rétablie.

15 février 1904. — L'enfant amené par ses parents, on a constaté que la guérison s'était maintenue tant du côté des articulations que du côté des yeux.

Évolution. — Au point de vue de l'évolution de cette variété, voici en quels termes terminent leur article MM. Kirmisson et Jacobson, dans *la Revue d'Orthopédie*, 1897.

« La maladie débute généralement d'une façon insidieuse. Parfois, comme l'ostéo-arthrite tuberculeuse, elle se montre à la suite d'un traumatisme, d'une fatigue prolongée de la jointure.

Si l'affection siège au genou (cas habituel) le premier symptôme est ordinairement la claudication. Parfois, celle-ci est précédée ou accompagnée de douleurs nocturnes paroxystique. On examine la jointure et on la trouve gonflée. On amène alors le petit malade à un

médecin qui ordonne le repos, les frictions, le salicylate où immobilisation dans le plâtre. Mais l'arthropathie syphilitique a peu de tendance à guérir spontanément, même par le repos : aussi le malade ne retire-t-il du traitement prescrit aucun bénéfice, ou seulement une amélioration transitoire. Alors, ou bien il renonce à faire soigner sa jointure, dont il ne souffre pas, et l'arthropathie reste le plus souvent stationnaire, ou bien il continue à consulter, et alors presque toujours on fait le diagnostic de « tumeur blanche » et le malade est soumis à une immobilisation prolongée, aux pointes de feu profondes, quand il a le bonheur de ne pas rencontrer un chirurgien audacieux qui propose une intervention chirurgicale.

Si, au contraire, la nature de la maladie est soupçonnée et que l'on soumet le malade au traitement antisyphilitique, on voit, comme par enchantement et mieux encore que dans n'importe quelle autre manifestation de l'hérédo-syphilis, les signes fonctionnels et physiques disparaître, et survenir la guérison complète. Les observations résumées démontrent avec la plus grande évidence cette heureuse influence du traitement. D'où il résulte que les cas où le traitement est sans aucune influence doivent être considérés comme n'étant *probablement* pas de nature syphilitique.

La terminaison par ankylose, fréquente suivant les uns, exceptionnelle suivant les autres, dans l'arthropathie de la syphilis acquise, n'a jamais été constatée dans la syphilis héréditaire. Mais il faut faire cette remarque que s'il est des arthropathies héréditaires qui s'ankylosent, ce sont précisément celles qui sont méconnues et non traitées. »

CONCLUSIONS

1. Les arthropathies tardives de la syphilis acquise sont bien connues aujourd'hui ; elles surviennent à une période où la syphilis est oubliée depuis longtemps par le malade, et se traduisent par des déformations apparentes.

2. La détermination donnée par A. Richet, de « tumeurs blanches syphilitiques » et leur division en synovite et ostéosynovite, a sa raison d'être, et nous pensons qu'il serait bon et logique de la conserver ; car ces deux groupes nettement séparés aujourd'hui sont décrits avec une symptomatologie complète par les auteurs modernes.

3. La « pseudo-tumeur blanche hérédo-syphilitique » de Fournier est la variété la plus commune de l'hérédo-syphilis articulaire tardive. La configuration globuleuse que prend l'article rappelle celle de la « tumeur blanche », et peut se grouper dans la seconde division de Richet ou la forme hypérostosique des auteurs.

4. Les éléments du diagnostic ne font pas habituellement défaut. L'indolence à la pression, les douleurs

nocturnes, la conservation des mouvements, le manque de fongosités et d'engorgement ganglionnaire sont en résumé les caractères les plus généraux des « tumeurs blanches syphilitiques ». Quant au diagnostic différentiel on se bornera à mettre en présence des deux formes reconnues les différentes affections que nous avons déjà énumérées, à savoir : l'hydarthrose simple, le rhumathisme, la tumeur blanche véritable, l'arthrite sèche, le rhumatisme chronique, les corps étrangers articulaires, les tumeurs épiphysaires (exostoses, chondromes, sarcomes).

5. Au point de vue du traitement, le tout est de faire le bon diagnostic d'une façon précoce et de soumettre le malade au traitement spécifique. Cependant en cas de lésions profondes de nécrose, le traitement médical est insuffisant et certains actes opératoires sont nécessaires.

Vu : le Président de la thèse,

PAUL SEGOND.

Vu : le Doyen,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ricord. — 1838. Traité des maladies vénériennes.

Richet. — 1853. Mémoire sur les tumeurs blanches. Académie de Médecine.

Lancereaux. — 1863. Traité de la syphilis, 1re édition.

W. Taylor. — 1871. American journal of Dermatologie and syphilis. Deux cas de synovite du genou.

Fournier. — 1873. Leçons sur la syphilis.

Verneuil. — 1873. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Lancereaux. — 1874. Traité de la syphilis, 2e édition.

Vaffier. — 1875. Thèse de Paris. Rhumatisme syphilitique.

Dauzat. — 1875. Thèse de Paris. Etude sur l'arthrite syphilitique.

J. Voisin. — 1875. Thèse de Paris, Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques.

J. Plateau. — 1877. Thèse de Paris. Etude sur les épanchements articulaires syphilitiques.

G. Bouilly. — 1878. Thèse d'agrégation. Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques.

Hutinel. — 1878. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, p. 107.

Cornil. — 1879. Leçons sur la syphilis.

Panas. — 1879. Société clinique.

Cottin. — 1879. Société clinique,

Gaucher. — 1879. Société clinique.

Guterbock. — 1879. Arch. f. Klin. chirurg.

Fournier. — 1880. Leçons sur la syphilis.

Dureuil. — 1881. Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphil. Thèse de Paris.

Toussaint. — 1881. Thèse de Paris. Des arthrophytes et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques.

Gangolphe. — 1881. Congrès français de chirurgie.

Th. Gies. — 1881. Arthropathies syphilitiques. Deutsche Zeit für chir. T. XV, p. 589.

Schuller. — 1881. Berlin, Klin. Woch.

Méricamp. — 1882. Thèse de Paris. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires.

Defontaine. — 1882. Thèse de Paris. Syphilis articulaire.

M. Schuller. — 1882. Des arthropathies syphilitiques. Arch. de Langenbeck T. XXVIII et gazette hebdomadaire, p. 725.

Ranguedat. — 1883. Thèse de Paris. Des arthropathies dans la syphilis héréditaire.

Berne. — 1884. Thèse de Paris.

Gangolphe. — 1885. Annales dermatologiques. Société anatomique de Paris.

De Lapersonne. — 1886. Thèse d'agrégation.

Clutton-Lancet. — 1896. 27 février. Synovites symétriques du genou dans la syphilis héréditaire.

Middeldorpf. — 1886. Arch. f. Klin. chir. t. XXXIII, p. 1 et 2.

Fournier. — 1886. Leçons sur la syphilis héréditaire tardive.

Danjou. — 1887. Ostéoarthropathies déformantes de la syphilis héréditaire. Th. Paris.

Lannelongue. — 1887. Des arthrites syphilitiques. Tribune médicale, 18 septembre.

Manino. — 1888. France médicale.

Kirmisson. — 1889. Des arthrites syphilitiques. Bulletin médical, 29 mai 1889, et leçons sur l'appareil locomoteur.

Cherminade. — 1889. De l'arthrite syphilitique. Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux p. 567.

Gouget. — 1889. Annales de Dermat. et syphilis.

Mauriac. — 1890. Syphilis tertiaire.

Rasch. — 1891. Ann. Derm. n° 8. Arch. für derm. XXIII. 1.

Gelma. — 1891. Thèse de Paris. Etude de la pseudo-tumeur blanche syphilitique.

Duplay. — 1893. Hydarthrose chronique syphilitique.

Bowlby. — 1893. Koy. med. and. chir. soc. of. London 24 oct. Autopsie (analysé dans Bull. médical 1893. p. 979). Brit. méd. Journal. nov. vol. II p. 946.

Pekle. — 1894. Thèse de Paris.

Clutton. — Lancet. 1896.

Danlos. — 1896. Arthrite syphilitique déformante. Ann. Derm. l. Soc. 12 nov.

Robinson. — 1896. Brit. méd. J.

Kirmisson et Jacobson. — 1897. Des arthropathies de la syphilis héréditaire. Revue orthopédie.

Braquehaye. — 1808. Ann. Dermat. et Syphiligraph.

Gilbert. — 1899. Thèse de Paris.

Imbert. — 1899. Gazette des hôpitaux. Revue générale.

Lagrange. — 1900. Article du traité de chirurgie Duplay et Reclus.

Mauclaire. — 1900. Article du traité de chirurgie de Le Dentu et P. Delbet.

Labbé. — 1900. Presse Médicale.

Baudelot. — 1900. Thèse de Paris.

Marin St-Pierre. — 1900. Thèse de Lyon.

Morestin. — 1901. Syphilis articulaire. Archives générales de médecine p. 101.

Fournier et Crouzon. — 1902. Synovites et arthropathies syphilitiques. Soc. Dermatol. 2 avril p. 266.

Fournier. — 1903. Arthropathies tertiaires. La syphilis, voir p. 321.

Hippel. — 1903. Ueber die Haufigkat von gelen kerkrangungen bei hereditär syphilitischen. Münch med. Woch 4 août.

Feltgen. — 1903. Pseudo mal de Pott syphilitique. Th. de Nancy.

Métayer. — 1904. Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive. Thèse de Paris.

Méry et Ferrier. — 1904. Arthropathie syphilitique à forme douloureuse chez un enfant de 4 ans. Pédiatrie pratique. 15 juillet p. 163.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

H111 Paris.Univ.Fac.de méd.
P232 Thèses
1904-05 36595
v.33

NAME	DATE DUE

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.